

Bulletin individuel d'affiliation

ENTREPRISE

Société / Nom :

N° de collectivité :

Collège :

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS CONCERNANT LE SALARIÉ

☐ Madame ☐ Monsieur Nom :

Prénom :

Né(e) le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Organisme d'affiliation :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ Refus échange NOEMIE

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Téléphone professionnel : Téléphone portable :

Courriel :@.....

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e)* ☐ Pacsé(e)* ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) *Justificatifs à fournir

Avez-vous déjà adhéré à la CCMO ? Si oui, indiquez votre ancien n° de mutuelle :

Je soussigné(e), demande mon adhésion et celle des membres de ma famille désignés, au(x) garantie(s) et option(s) indiquée(s) ci-dessous,
à compter du/...../.....

Option choisie :

Conjoint(e), concubin(e), ou pacsé(e)		Sexe M / F	Date de Naissance			Organisme d'affiliation	N° Sécurité sociale	Refus Echange NOEMIE																				
Nom	Prénom		Jour	Mois	Année																							
							<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					☐

Personne(s) à charge (enfants, ...)		Sexe M / F	Date de Naissance			Organisme d'affiliation	N° Sécurité sociale	Refus Echange NOEMIE																				
Nom	Prénom		Jour	Mois	Année																							
							<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					☐
							<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					☐
							<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					☐
							<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					☐
							<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					☐

Pièce à joindre obligatoirement pour le traitement du dossier :

- ☐ une copie de l'attestation de droits du régime obligatoire (attestation Vitale) actualisée de chaque personne inscrite au(x) contrat(s),
- ☐ un RIB, un mandat SEPA (si paiement en prélèvement mensuel), tout document permettant de justifier de votre situation matrimoniale (livret de famille, certificat délivré par la mairie, ...)
- ☐ un justificatif de situation de famille (copie, livret de famille, attestation vie maritale, PACS, extrait de naissance enfants)
- ☐ un certificat de radiation ancienne mutuelle ou assurance complémentaire (pour le nouveau né, l'enfant adopté, le conjoint inscrit dans les deux mois suivant la naissance, l'adoption, le mariage, la déclaration de concubinage ou la conclusion du PACS).
- ☐ un certificat de scolarité, ou contrat d'apprentissage ou attestation à Pôle Emploi, une attestation sur l'honneur de rattachement fiscal pour les ascendants et les descendants pour vos enfants de plus de 18 ans et de moins de 28 ans.

Après avoir pris connaissance des Statuts, des Conditions générales et de la notice d'information, je déclare adhérer ainsi que les personnes ci-dessus désignées, à la garantie indiquée et aux conditions du contrat collectif, auprès de CCMO Mutuelle. Je, soussigné(e), certifie mes déclarations sincères et véritables.

Je suis informé(e) que la CCMO peut utiliser les informations me concernant et celles de mes ayants droits pour la publicité d'offres d'assurance et assistance. Je peux m'y opposer en cochant la case suivante ☐.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles recueillies dans le cadre du présent contrat complémentaire santé font l'objet d'un traitement conforme aux obligations prévues par le Règlement européen sur la protection des données personnelles du 27 avril 2016. Par la signature du présent bulletin, je consens au traitement de mes données personnelles et de celles de mes ayants droit. Je peux retirer à tout moment mon consentement. Les données personnelles sont traitées par les salariés de CCMO Mutuelle chargés de la gestion et l'exécution des contrats et par ses éventuels partenaires. Elles ne sont conservées que pour le temps strictement nécessaire à l'exécution et la gestion du contrat frais de santé, finalité du traitement, ou pour satisfaire à ses obligations légales (délai de prescription). Je peux demander l'accès, la rectification, l'effacement, la limitation et la portabilité de mes données ou encore m'opposer à leur traitement en m'adressant au Délégué à la protection des données personnelles par courrier à CCMO Mutuelle, PAE du Haut-Villé, 6 avenue du Beauvaisis 60014 Beauvais Cedex ou courriel au dpo@ccmo.fr. En cas de réclamation, je peux également saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés. En outre, conformément au décret n°2015-556, je dispose aussi d'un droit d'inscription sur les listes d'opposition au démarchage téléphonique.

ARRÊTÉ DU 6 MAI 2020 SUR LA COMMUNICATION DES INFORMATIONS RELATIVES AUX FRAIS DE GESTION

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie ou un accident, et le montant des cotisations afférentes à ces garanties, qui représente la part des cotisations collectées, hors taxes, par la CCMO au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités et qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties, s'élève à 80%.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, et le montant des cotisations afférentes à ces garanties, et représente la part des cotisations collectées, hors taxes, par la CCMO au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités et qui est utilisée pour le financement des frais de gestion, s'élève à 19%.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à la CCMO dans le respect des garanties contractuelles.

RÉSILIATION INFRA ANNUELLE

L'adhésion au contrat complémentaire santé CCMO est renouvelée chaque année par tacite reconduction. Si je ne souhaite pas la reconduire, je peux à l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa prise d'effet, la résilier sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après que la CCMO en ait reçu notification.

Je peux, en cas de contrat collectif facultatif, transmettre cette notification en m'adressant au service résiliation par courrier : CCMO Mutuelle, PAE du Haut-Villé, 6 avenue du Beauvaisis 60014 BEAUVAIS Cedex, ou par mail à resiliation-entreprise@ccmo.fr.

Date et signature du salarié